

## ویژگی‌های دموگرافیک و تابلوی بالینی ۱۵۰۰ مورد سرطان پستان در بانوان ایرانی

دکتر جهانگیر رافت\*، دکتر مرتضی عطری\*\*

چکیده:

**زمینه و هدف:** سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در جمعیت زنان بالغ است. اختلافات متعددی از نظر میزان بروز و مرگ و میر ناشی از آن در جمعیت‌های مختلف وجود دارد. یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عواملی که می‌تواند به میزان بالایی بر مرگ و میر ناشی از یک سرطان در یک جمعیت تأثیر بگذارد، مرحله‌ای است که در آن، سرطان تحت توجه پزشکی واقع می‌گردد. در این مطالعه، ما مشخصات ۱۵۰۰ مورد سرطان پستان را در زمان تشخیص، شرح دادیم و همراهی احتمالی پاره‌ای از عوامل را با مرحله‌ای که در آن سرطان تحت توجه پزشکی قرار می‌گیرد، مورد ارزیابی قرار دادیم.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده‌های ۱۵۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفت. این بیماران به یک کلینیک خصوصی سرطان پستان مراجعه کرده بودند و تشخیص سرطان پستان توسط مطالعه آسیب‌شناسی، تأیید شده بود. داده‌های مربوط به عوامل زیر از پرونده‌ها استخراج شدند: سن بیماران، سطح تحصیلات، شغل، فاصله بین جست و جوی توجه پزشکی و تأیید تشخیص، سابقه خانوادگی سرطان پستان در خویشاوندان درجه اول، روش تشخیص، نتایج ماموگرافی، اندازه تومور، تعداد گره‌های لنفاوی درگیر، تعداد کل گره‌های لنفاوی برداشته شده و مرحله آسیب‌شناسی تومور.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران  $46 \pm 10/38$  سال بود. از میان بیماران با اندازه شناخته شده تومور  $74/5\%$ ، اندازه تومور بیشتر از ۲ سانتی‌متر بود و در میان بیمارانی که مرحله تومور آنها شناخته شده بود،  $78/3\%$  از بیماران در مرحله ۲ یا بالاتر قرار داشتند که بدین معناست که آنها حداقل یک گره لنفاوی درگیر داشته‌اند. به طور میانگین، فاصله  $1/15 \pm 2/73$  ماه بین زمان شک به بیماری و زمان تشخیص قطعی موجود بوده است.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این مطالعه نتیجه می‌گیریم که مرحله سرطان پستان در زمان تشخیص بیماری، در بیماران ما در مقایسه با کشورهای غربی بالاتر است. این تفاوت نتیجه پذیرش پایین‌تر از سوی بیماران و نیز نقائص خدمات عمومی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، آسیب‌شناسی

زمینه و هدف

(IARC,WHO,2003). اختلافات زیادی از نظر میزان بروز و مرگ و میر در اثر این بیماری در جمعیت‌های متفاوت وجود دارد. نشان داده شده که عواملی مانند سن، جنس، نژاد،

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در جمعیت زنان بالغ است، با میزان بروز بیش از یک میلیون مورد و میزان مرگ و میر تقریباً ۶۰۰/۰۰۰ مورد در سال، در سرتاسر دنیا

نویسنده پاسخگو: دکتر جهانگیر رافت

تلفن: ۸۸۷۵۰۰۷۹

E-mail: jahangirraafat@hotmail.com

\* رئیس بخش شیمی درمانی انستیتو کانسر

\*\* استاد گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۰۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۶/۰۶

آمریکا (American Joint Committee on Cancer) یا به اختصار (AJCC) صورت پذیرفت (Green و همکارانش، ۲۰۰۲). متغیرهای عددی، به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار (SD) معرفی گشتند، در حالیکه متغیرهای گروه‌بندی شده به شکل فراوانی‌ها و درصدهای قطعی، خلاصه شدند. به منظور آنالیز آماری، نسخه ۱۳/۰ تحت ویندوز نرم افزار آماری SPSS (شرکت SPSS، شیکاگو، ایلینویز) مورد استفاده قرار گرفت. وجود ارتباط بین متغیرهای اسمی - اسمی توسط تست مربع کای مورد آزمایش قرار گرفت. وجود و قدرت ارتباط بین متغیرهای وصفی - وصفی (ترتیبی - ترتیبی) از طریق تست Kendall's tau- c مورد آزمایش قرار گرفت. تمامی ارزش‌های  $P$  دارای دو دنباله بودند،  $P$  کمتر یا مساوی ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار تلقی می‌شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه نمونه گذشته‌نگر؛ ما پرونده‌های ۱۵۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان را مورد ارزیابی قرار دادیم. پس از توصیف مشخصات این موارد، ما ارتباط میان پاره‌ای از این مشخصات را آنالیز کردیم.

داده‌های مربوط به سن در ۱۴۵۴ مورد وجود داشت. میانگین سنی  $49/38 \pm 10/46$  سال بود.

شایعترین سطح تحصیلات در این جمعیت، دیپلم بود. فراوانی سطوح تحصیلی مختلف در بیماران، در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱- سطوح مختلف تحصیلی در جمعیت مورد مطالعه ما

سطح تحصیلات	تعداد	درصد
بی‌سواد	۱۹	۵/۹٪
ابتدائی	۳۱۱	۲۰/۷٪
دبیرستان	۸	۰/۵٪
دیپلم	۵۶۳	۳۷/۵٪
فوق دیپلم	۹۶	۶/۴٪
تحصیلات دانشگاهی بالاتر	۴۳۱	۲۸/۷٪
نامعلوم	۲	۰/۱٪
مجموع	۱۵۰۰	۱۰۰/۰٪

شایعترین مشاغل در افراد متأثر از این سرطان، زنان خانه‌دار و معلمان بودند. فراوانی مشاغل مختلف در بیماران نیز در جدول ۲ نشان داده شده است.

قومیت، زمان، طبقه اجتماعی اقتصادی، وضعیت تأهل، و موقعیت جغرافیایی، در این گوناگونی مؤثرند (Armstrong، ۱۹۷۶، Coleman، Pukkala و Karjalainen، ۱۹۹۳؛ Schrijvers و همکارانش، ۱۹۹۵؛ Chu و همکارانش، ۱۹۹۶؛ King و Schottenfeld، ۱۹۹۶؛ Gatta و همکارانش، ۲۰۰۰؛ Sant و همکارانش، ۲۰۰۱؛ Parkin و همکارانش، ۲۰۰۲؛ Coleman و همکارانش، ۲۰۰۳). ولی یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عواملی که می‌تواند مرگ و میر ناشی از یک سرطان را در یک جمعیت به میزان بالایی تحت تأثیر قرار دهد، مرحله‌ای از سرطان است که طی آن، بیماری مورد توجه پزشکی قرار می‌گیرد. (Vernon و همکارانش، ۱۹۸۵؛ Richardson و همکارانش، ۱۹۹۲؛ Carnon و همکارانش، ۱۹۹۳).

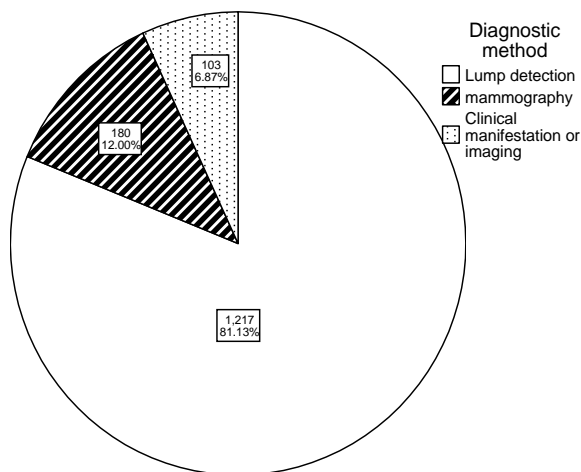
در این مطالعه نمونه، ما مشخصات ۱۵۰۰ مورد از مبتلایان به سرطان پستان را در زمان تشخیص، شرح می‌دهیم و ارتباط احتمالی بین برخی عوامل، و مرحله بالینی و آسیب‌شناسی سرطان را که در آن، بیماری مورد توجه پزشکی قرار می‌گیرد، مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه گذشته‌نگر، پرونده‌های ۱۵۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان را مورد بازبینی قرار داد. این موارد به یک کلینیک خصوصی سرطان پستان ارجاع داده شده بودند و تشخیص سرطان پستان از طریق مطالعه آسیب‌شناسی تأیید شده بود.

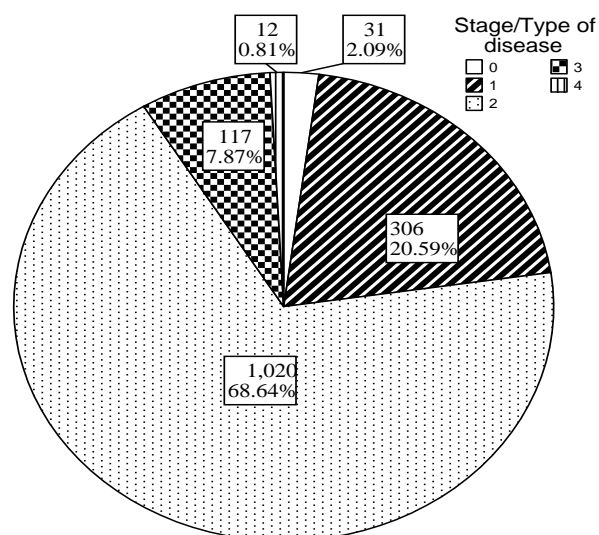
داده‌های مربوط به عوامل زیر از پرونده‌ها استخراج شدند: سن بیماران، سطح تحصیلات، شغل، فاصله بین جست و جوی توجه پزشکی و تأیید تشخیص، سابقه خانوادگی سرطان پستان در خویشاوندان درجه اول، روش تشخیص، نتایج ماموگرافی، اندازه تومور، تعداد گره‌های لنفاوی درگیر، تعداد کل گره‌های لنفاوی برداشته شده، و مرحله آسیب‌شناسی تومور. تمامی داده‌ها در زمان تشخیص به دست آمده بودند. به منظور آنالیز (تجزیه و تحلیل) آماری، بیماران براساس سن در شش گروه طبقه‌بندی شدند (کمتر یا مساوی ۲۹ و ۳۹-۳۰ و ۴۹-۴۰ و ۵۹-۵۰ و ۶۹-۶۰ و مساوی یا بیشتر از ۷۰ سال). تمامی فرآیند استخراج داده‌ها از نظر محرمانه بودن مورد رسیدگی قرار گرفت. مرحله‌بندی سرطان پستان بر اساس ششمین ویرایش راهنمای مرحله‌بندی سرطان مربوط به کمیته مشترک سرطان

شایعترین دلیلی که بیماران را تحت توجه پزشکی در آورده بود، کشف توده بود. فراوانی نحوه‌های مختلف تظاهر تومور در تصویر ۱ آمده است.



تصویر ۱- نمایش درصد‌های مراحل آسیب شناختی مختلف که در آنها تشخیص سرطان، به تأیید رسیده است.

ما گزارش آسیب شناختی ۱۴۶۸ بیمار (۹۹/۱٪) را در پرونده‌هایشان یافتیم. تعداد زیادی از بیماران (۶۸/۶٪) در زمان تشخیص، در مرحله ۲ قرار داشتند. فراوانی مراحل مختلف در زمان تشخیص قطعی در تصویر ۲ نشان داده شده است.



تصویر ۲- فراوانی روش‌های تشخیصی مختلف

جدول ۲- مشاغل مختلف در جمعیت مورد مطالعه ما

شغل	تعداد	درصد
خانه‌دار	۷۸۴	۵۲/۳٪
آموزشی (معلم)	۳۳۱	۲۲/۱٪
اعضای کادر پزشکی	۱۱۲	۷/۵٪
کارمند	۲۲۱	۱۴/۷٪
سایر	۴۷	۳/۱٪
نامعلوم	۵	۰/۳٪
مجموع	۱۵۰۰	۱۰۰/۰٪

به طور متوسط، فاصله  $2/73 \pm 1/15$  سال بین زمان شک به بیماری و زمان تشخیص قطعی وجود داشت. ۱۰۶۵ نفر (۷۱٪) از بیماران هیچ سابقه خانوادگی از سرطان پستان در خویشاوندان درجه اول خود نداشتند و ۳۹۶ نفر (۲۶/۴٪) از بیماران، سابقه خانوادگی مثبت داشتند. داده‌های مربوط به سابقه خانوادگی در ۳۹ نفر (۲/۶٪) از بیماران قابل دسترسی نبود. اطلاعات مربوط به مرحله بالینی تومور یعنی اندازه تومور و تعداد گره‌های لنفاوی درگیر، در جداول ۳ و ۴ نمایش داده شده است.

جدول ۳- فراوانی اندازه‌های مختلف تومور در زمان ظهور

اندازه تومور (سانتیمتر)	تعداد	درصد
کمتر از ۲	۴۷۸	۳۱/۹٪
۲-۴	۵۸۴	۳۸/۹٪
کمتر یا مساوی ۴	۲۸۳	۱۸/۹٪
نامعلوم	۱۵۵	۱۰/۳٪
مجموع	۱۵۰۰	۱۰۰/۰٪

جدول ۴- تعداد گره‌های لنفاوی درگیر در زمان ظهور

تعداد گره‌های لنفاوی درگیر	تعداد	درصد
۳-۰	۱۰۲۹	۸۶/۶٪
۱-۴	۲۵۲	۱۶/۸٪
بیشتر از ۱۰	۷۶	۵/۱٪
نامعلوم	۱۴۳	۹/۵٪
مجموع	۱۵۰۰	۱۰۰/۰٪

بسیار بالاتر می‌باشد. (Velikova و همکارانش، ۲۰۰۴) این اعداد زمانی معنی‌دارتر به نظر می‌رسند که در نظر بگیریم روش کشف سرطان در تنها ۱۲٪ از بیماران ما، ماموگرافی بوده و بفهمیم بیمارانی که از طریق ماموگرافی تشخیص داده شده‌اند، در مراحل پایین‌تری از بیماری قرار دارند.

در آنالیز آماری نشان داده شد که تشخیص سرطان در سنین بالاتر، در مراحل زودتری به وقوع می‌پیوندد. این موضوع احتمالاً به دلیل شک بیشتر به سرطان در این گروه‌های زنان، استفاده گسترده‌تر از ماموگرافی در بیماران مسن‌تر و دقت و صحت بیشتر این روش تشخیصی در این سنین می‌باشد.

ارتباط منفی بین سطح تحصیلات و مرحله بیماری در مطالعات پیشین نیز همچون این مطالعه نشان داده شده است (Chu و همکارانش، ۱۹۹۶). این ارتباط احتمالاً نتیجه درآمد بیشتر یا درجه بالاتری از توجه به سلامتی است.

اگر داده‌های مربوط به میزان بروز این سرطان و میزان بقای بیماران در مطالعه ما قابل دسترسی بود، اجرای آنالیزهای کاملتری که بتواند هدفی برای مطالعات بیشتر باشد، امکان‌پذیر می‌گشت. اگرچه داده‌های ما نشان می‌دهند که این تأخیرها در دریافت درمان برای سرطان پستان منتج از نقائصی است که مربوط به بیماران یا خدمات پزشکی می‌باشند، برای اظهار نظر قطعی درباره نقش این عوامل، تحقیقات بیشتری مورد نیاز هستند.

### نتیجه‌گیری

در نهایت، چنین نتیجه گرفته می‌شود که مرحله سرطان پستان در زمان ظهور، در کشور ما در مقایسه با کشورهای غربی بالاتر است. این تفاوت نتیجه پذیرش کمتر از سوی بیماران و نیز نقائص در خدمات عمومی می‌باشد.

### قدردانی‌ها

مایلیم مراتب سپاس خود را نسبت به Iran-Sanofi Aventis Group به پاس پشتیبانی فنی و حمایت آنها از این طرح ابراز نماییم.

ارتباط منفی بین گروه سنی و سطح تحصیلی به عنوان متغیرهای مستقل از یک سو و مرحله بیماری در زمان ظهور به عنوان متغیر مستقل از سوی دیگر، موجود بود. همچنین اختلاف قابل توجهی بین بیماران از نظر روش‌های تشخیصی مختلف در مرحله‌ای که بیماری ظاهر شده، یافت گردید.

میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ما تقریباً چهل و نه سال بود و پانزده درصد از بیماران، زیر چهل سال داشتند. این میانگین سنی در زمان ظهور بیماری کمتر از اعدادی است که در مورد کشورهای غربی گزارش شده است و مشابه اعداد گزارش شده مربوط به اقلیت‌های نژادی در این کشورها می‌باشد (Wainchester و همکارانش، ۱۹۹۸؛ El-Taimier و Wait، ۱۹۹۹؛ Hedeem و White، ۲۰۰۱؛ Johnson، ۲۰۰۲؛ Velikova و همکارانش، ۲۰۰۴). این واقعیت به دو شیوه می‌تواند توضیح داده شود؛ نخست آن که به دلیل تفاوت‌های مربوط به نژاد مانند شروع قاعدگی در سن پایین‌تر، این سرطان بیماران جوانتر را در این نژادها تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما دلیل دوم می‌تواند جوانتر بودن کلی جمعیت کشور ما باشد که مشابه جمعیت اقلیت‌ها در کشورهای غربی است. دلیل آن هرچه باشد، این حقایق نشان می‌دهند که برنامه‌های غربالگری در کشور ما باید در سنین پایین‌تری آغاز شوند.

از میان بیماران با اندازه شناخته شده تومور، در ۷۴/۵٪ از جمعیت مورد مطالعه ما، اندازه تومور بیش از ۲ سانتی‌متر بود و در میان بیمارانی که مرحله بیماری آنها شناخته شده بود، ۷۸/۳٪ از سرطان‌ها در مرحله ۲ یا بیشتر بودند که بدان معناست که آنها حداقل یک گره لنفاوی درگیر داشتند. در مقایسه با داده‌های مربوط به کشورهای غربی (Hedeem و White، ۲۰۰۱؛ Johnson، ۲۰۰۲؛ Velikova و همکارانش، ۲۰۰۴)، این اعداد نشان می‌دهند که بیماران ما مراقبت پزشکی مربوط به سرطان پستان را در مرحله بالاتری از بیماری دریافت می‌کنند که به تأثیر بدی بر روی پیش آگهی این سرطان در جمعیت ما می‌انجامد.

میانگین زمانی بین نخستین مراجعه به پزشک تا تشخیص قطعی در جمعیت مورد مطالعه ما  $1/15 \pm 2/73$  سال بود. این عدد همچنین در مقایسه با همین عدد در کشورهای غربی،

**Abstract:**

## Demographic Characteristics and Clinical Tableau of 1500 Cases of Breast Cancer in Iranian Women

*Raafat J. MD<sup>\*</sup>, Atri M. MD<sup>\*\*</sup>*

(Received: 4 April 2010      Accepted: 28 August 2010)

**Introduction & Objective:** Breast cancer is the most common malignancy in adult female population. Great variations exist in incidence and mortality rate of this cancer in different populations. One of the most important and central factors that can greatly affect mortality of a cancer in a population is the stage of cancer which comes under medical attention. In this study, we describe characteristics of 1500 cases of breast cancer at the time of diagnosis and evaluate probable association between some factors and stage of cancer in which cancer comes under medical attention.

**Materials & Methods:** This retrospective study reviewed files of 1500 cases of female breast cancer. These cases had been referred to a breast cancer private clinic and diagnosis of breast cancer was confirmed by pathologic study. Data about following factors were extracted from files: age of patients, educational level, profession, interval between seeking medical attention and diagnosis confirmation, family history of breast cancer in first-degree relatives, method of diagnosis, results of mammography, tumor size, number of involved lymph nodes, total number of resected lymph nodes, and pathologic stage of tumor. All data of been obtained at the time of diagnosis.

**Results:** Mean age of patients was  $49.38 \pm 10.46$  years. From patients with known size of tumor, 74.5% had a size of more than 2 cm in our population and in patients with known stage of disease, 78.3% of patients were stage 2 or more which means that they had at least one involved lymph node. On an average, an interval of  $2.73 \pm 1.15$  years existed between the time of suspicion and time of definite diagnosis.

**Conclusions:** Finally we conclude that stage of breast cancer at presentation is higher in our country when compared with western countries. This difference is both the result of lower compliance of patients and defects in public services.

***Key Words: Breast cancer, Pathology***

<sup>\*</sup> *Head of Chemotherapy Cancer Institute, Tehran, Iran*

<sup>\*\*</sup> *Professor of Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran*

## References:

1. Armstrong, B. 1976. Recent trends in breast-cancer incidence and mortality in relation to changes in possible risk factors. *Int. J. Cancer.*, 17: 204-211.
2. Carnon, A.G., Lamont, D.W., Hole, D.J., et al. 1993. Survival from breast cancer, stage at presentation and socioeconomic deprivation. *J. Epidemiol. Commun. Health.*, 47: 400.
3. Chu, K.C., Tarone, R.E., Kessler, L.G., Ries, L.A.G., Hankey, B.F., Miller, B.A., et al. 1996. Recent trends in US breast cancer incidence, survival, and mortality rates. *J. Nat. Cancer. Ins.*, 88: 1571-1579.
4. Coleman, M.P., Este`ve, J., Damiecki, P., Aíslan, A., Renard, H. 1993. Trends in cancer incidence and mortality (IARC Scientific Publications no 121). Lyon: International Agency for Research on Cancer.
5. Coleman, M.P., Gatta, G., Verdecchia, A., Estève, J., Sant, M., Storm, H., et al. 2003. EURO CARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann. Oncol.*, 14: v128-149.
6. El-Taimier, M.B., Wait, R.B. 1999. Age at presentation of African-American and caucasian breast cancer patients. *J. Am. Col. Surg.*, 188: 237-240.
7. Gatta, G., Capocaccia, R., Coleman, M.P., Gloeckler Ries, L.A., Hakulinen, T., Micheli, A., et al. 2000. Toward a comparison of survival in American and European cancer patients. *Cancer*, 89: 893-900.
8. Green, F.L., Page, D.L., Fleming, I.D., AJCC (American Joint Committee on Cancer). 2002. Cancer staging manual. 6<sup>th</sup> ed. New York: Springer-Verlag, 223-240.
9. Hedeén, A.N., White, E. 2001. Breast cancer size and stage in Hispanic American women, by birthplace: 1992-1995. *Am. J. Public. Health*, 91: 122-125.
10. IARC, WHO. 2003. Breast cancer. In: edited by: Stewart, B., Kleihues, P., World Cancer Report. Lyon: IARC Press, 188-190.
11. Johnson, E.T. 2002. Breast cancer racial differences before age 40-implications for screening. *J. Nat. Med. Assoc.*, 94: 149-156.
12. Karjalainen, S., Pukkala, E. 1990. Social class as a prognostic factor in breast cancer survival. *Cancer*, 66: 819-826.
13. King, S., Schottenfeld, D. 1996. The "epidemic" of breast cancer in the U. S. -Determining the factors. *Oncology.*, 10: 453-472.
14. Parkin, D.M., Whelan, S.L., Ferlay, J., Teppo, L., Thomas, D.B. 2002. Cancer incidence in five continents, volume VIII (IARC Scientific Publications no 155). Lyon: International Agency for Research on Cancer.
15. Richardson, J.L., Langholz, B., Bernstein, L., Burciaga, C., Danley, K., Ross, R.K. 1992. Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *Br. J. Cancer.*, 65: 922-926.
16. Sant, M., Capocaccia, R., Coleman, M.P., Berrino, F., Gatta, G., Micheli, A., Verdecchia, A., et al. 2001. Cancer survival increases in Europe, but international differences remain wide. *Eur. J. Cancer.*, 37: 1659-1667.
17. Schrijvers, C.T.M., Mackenbach, J.P., Lutz, J-M., Quinn, M.J., Coleman, M.P. 1995. Deprivation and survival from breast cancer. *Br. J. Cancer.*, 72: 738-743.
18. Velikova, G., Booth, L., Johnston, C., Forman, D., Selby, P. 2004. Breast cancer outcomes in South Asian population of West Yorkshire. *Br. J. Cancer.*, 90: 1926-1932.
19. Vernon, S.W., Tilley, B.C., Neale, A.V., Steinfeldt, L. 1985. Ethnicity, survival, and delay in seeking treatment for symptoms of breast cancer. *Cancer.*, 55: 1563-1571.
20. Wainchester, D.P., Osteeni, R.T., Menick, H.R. 1998. The National Cancer Data Base Report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. *Cancer*, 78: 1838-1843.